

Permohonan untuk Tunjangan Application for Benefits

Apabila Anda membutuhkan bantuan dalam menyelesaikan formulir ini, hubungi kami.
Simpan lembar ini untuk catatan Anda.

Bagaimana saya dapat mendaftar untuk tunjangan?

- Untuk **melengkapi** permohonan Anda, isilah halaman 3 hingga 6. Anda dapat **memulai** permohonan hari ini dengan memberikan nama, alamat dan tanda tangan Anda atau tanda tangan perwakilan resmi Anda di halaman 3 kepada resepsionis. Apabila Anda tidak memiliki alamat, beritahukan pada resepsionis atau hubungi kantor setempat.
- Lampirkan beberapa lembar tambahan apabila Anda masih membutuhkan kertas untuk menulis.
- Bawalah atau kirimkan halaman 3 hingga halaman 6 ke kantor setempat. Simpan halaman 1 dan 2 untuk catatan Anda.
- Anda dapat memperoleh lebih banyak tunjangan atau mendapatkannya lebih cepat apabila Anda memulai, melengkapi dan memberikan permohonan dan informasi lain yang kami minta secepat mungkin. Kami juga dapat berbagi informasi ini dengan pejabat Federal atau negara bagian.

Seberapa cepat saya akan menerima bantuan makanan dan uang tunai?

Apabila Anda ingin segera menerima tunjangan makanan, isilah Pertanyaan 1 hingga 14 di halaman 3, kemudian bawa formulir ini ke resepsionis.

Kami akan memutuskan apakah Anda layak menerima bantuan makanan *dalam 7 hari* apabila Anda dapat menunjukkan bukti identitas *dan* memenuhi salah satu dari syarat berikut ini :

- Rumah tangga Anda memiliki pendapatan kotor kurang dari \$150 dan kurang dari \$100 sumber tunai bulan ini.
- Pendapatan rumah tangga dan sumber pendapatan tersebut kurang dari biaya uang sewa dan utilitas Anda.
- Rumah tangga Anda termasuk imigran miskin atau pekerja kebun musiman.

Tunjangan dikeluarkan pada sehari setelah kami memutuskan bahwa Anda layak menerimanya. Tunjangan makanan biasanya dimulai pada hari kami menerima permohonan Anda. Tunjangan tunai biasanya mulai pada hari kami menerima semua informasi untuk menentukan bahwa Anda layak menerimanya.

Hak-Hak Sipil

Sesuai dengan undang-undang Federal dan kebijakan Departemen Pertanian AS (U.S. Department of Agriculture, USDA) dan Departemen Kesehatan dan Layanan Manusia AS (Health and Human Services, HHS), institusi ini melarang diskriminasi atas ras, warna kulit, asal, jenis kelamin, usia atau cacat fisik. Di bawah kebijakan Undang-Undang Makanan Pokok dan USDA, diskriminasi juga dilarang berdasarkan agama dan keyakinan politik. Untuk mengajukan komplain tentang diskriminasi, hubungi USDA atau HHS. Tulis surat kepada USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 atau hubungi (202) 720-5964 (suara dan TDD). Tulis surat kepada HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 atau hubungi (202) 619-0403 (suara) atau (202) 619-3257 (TTY). USDA dan HHS merupakan penyedia dan majikan yang memberlakukan kesempatan yang setara.

Status Imigrasi dan Nomor Jaminan Sosial

Anda mungkin dapat memperoleh bantuan untuk beberapa orang yang Anda nafkahi meski orang yang tinggal bersama Anda tersebut tidak mendapat bantuan karena status imigrasinya. Anda harus memberitahu kami mengenai status dari siapa pun yang mengajukan permohonan. Kami memiliki program medis yang berlaku untuk beberapa orang yang tidak dapat membuktikan bahwa mereka berada di negara ini secara sah.

Di bawah Undang-Undang Federal (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), Anda harus memberikan kepada kami Nomor Jaminan Sosial (Social Security Number, SSN) untuk siapa pun yang tinggal bersama Anda yang mengajukan permohonan untuk Medicaid, TANF, atau bantuan makanan. Kami juga memerlukan SSN untuk orang tua dan pasangan yang tinggal bersama Anda sekalipun Anda tidak mendaftarkan mereka. Kami memiliki program medis untuk beberapa orang yang tidak memiliki SSN.

Kami menggunakan SSN untuk memeriksa identitas, memastikan kelayakan untuk menerima, mencegah penipuan, dan mengumpulkan klaim. Kami bertukar informasi dengan agensi lainnya untuk mengelola program kami dan mengikuti undang-undang. Kami juga dapat memberikan informasi ini kepada lembaga penegakan hukum yang mencoba menangkap penjahat yang melarikan diri.

Kewarganegaraan dan Identitas untuk Medicaid

Warga negara AS harus membuktikan kewarganegaraannya dan identitas untuk menerima Medicaid. Kami akan bekerja dengan Anda untuk memperoleh bukti. Apabila kami membutuhkan dokumen yang membutuhkan uang, kami akan mengirimkannya dan membayar biayanya. Kami tidak memerlukan bukti untuk siapa pun di dalam rumah tangga Anda yang menerima Medicaid, Asuransi Ketidakmampuan Jaminan Sosial (Social Security Disability Insurance, SSDI) berdasarkan kecacatan mereka, atau Penghasilan Jaminan Tambahan (Supplemental Security Income, SSI).

Program Pembayaran Premi

Apabila Anda atau anak Anda layak untuk menerima Medicaid, Anda mungkin layak untuk menerima penggantian pembayaran untuk premi asuransi kesehatan. Untuk mendaftar, buka <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/>, atau hubungi kami di 1-877-562-3022, ekst 15473.

Privasi dan Bantuan Makanan

Undang-Undang Makanan dan Nutrisi tahun 2008, yang telah diamandemen, mengizinkan departemen untuk mengumpulkan informasi yang kami minta untuk permohonan, termasuk SSN untuk setiap anggota keluarga. Memberikan informasi yang diminta ini bersifat sukarela. Akan tetapi, kegagalan untuk memberikan SSN atau bukti permohonan untuk SSN tanpa alasan yang jelas akan menyebabkan penolakan pemberian tunjangan Makanan Pokok untuk setiap individu yang gagal memberikan SSN. Kami memverifikasi beberapa informasi ini dengan program pencocokan komputer, termasuk Sistem Verifikasi Penghasilan dan Kelayakan (Income and Eligibility Verification System, IEVS) Federal.

Kami menggunakan informasi ini untuk:	Kami dapat memberikan informasi ini kepada:
<ul style="list-style-type: none">• Menentukan siapa yang layak untuk menerima program kami.• Mengumpulkan kelebihan pembayaran dalam bantuan makanan.• Mengelola program kami.• Memastikan kami mengikuti undang-undang.	<ul style="list-style-type: none">• Lembaga federal dan negara bagian untuk penggunaan resmi.• Lembaga Penegakan Hukum yang mengejar orang-orang yang melarikan diri karena menghindari dari hukum.• Lembaga penagihan swasta untuk mengumpulkan kelebihan pembayaran bantuan makanan.

Peringatan Hukuman Bantuan Makanan

Kami mengirimkan informasi mengenai orang yang mengajukan permohonan untuk Bantuan Makanan ke lembaga Federal untuk memeriksa apakah informasi tersebut benar. Apabila ada informasi yang salah, maka orang yang mengajukan permohonan mungkin tidak akan memperoleh Bantuan Makanan. Apabila orang menyediakan informasi yang mereka ketahui salah, mereka dapat dikenai hukuman pidana. Hukuman untuk orang yang dengan sengaja melanggar aturan Bantuan Makanan dapat bervariasi, mulai dari diskualifikasi program, denda, atau kemungkinan dipenjara.

Membayar ke Negara Bagian untuk Perawatan Medis dan Perawatan Jangka Panjang

- Sesuai undang-undang, apabila Anda berusia 55 tahun atau lebih DAN menerima Medicaid atau layanan perawatan jangka panjang, DSHS dapat mengambil aset Anda (aset yang Anda miliki saat meninggal) untuk membayar kembali ke DSHS untuk biaya bantuan medis, layanan medis, dan perawatan jangka panjang. Program Tabungan Perawatan Kesehatan akan dibebaskan. DSHS dapat mengambil biaya untuk layanan kesehatan jangka panjang yang hanya dibiayai oleh negara bagian yang telah diterima di **usia berapa pun**. Ini disebut ESTATE RECOVERY. Tanah adat dapat dibebaskan dari pemulihan (recovery) ini.
- Layanan Jangka Panjang termasuk COPES, Perawatan Pribadi Medicaid, Layanan Perawatan Rumah, kesehatan hari tua, perawatan swasta, empat surat pernyataan pelepasan tuntutan DDD HCBS: Basic, Basic Plus, Core, dan Community Protection, serta layanan lainnya yang disediakan oleh Home and Community Services dan Division of Developmental Disabilities.
- Estate recovery tidak akan terjadi hingga setelah kematian Anda dan kematian pasangan yang masih hidup, apabila ada. Apabila Anda memiliki ahli waris yang membutuhkan, estate recovery akan ditunda untuk beberapa alasan penderitaan.
- Apabila Anda tinggal di panti perawatan atau fasilitas medis lainnya secara permanen, DSHS dapat mengajukan hak gadai atas properti Anda untuk membayar kembali bantuan medis, layanan medis dan perawatan jangka panjang yang Anda terima. Apabila Anda kembali ke rumah, DSHS akan melepaskan hak gadai. DSHS tidak akan mengajukan hak gadai atas rumah Anda apabila:
 - ◆ Pasangan Anda tinggal di sana.
 - ◆ Anak Anda yang menderita tunanetra, cacat, atau berusia di bawah 21 tahun tinggal di sana.
 - ◆ Saudara Anda yang memiliki kepentingan sama terhadap rumah tersebut tinggal di sana dan telah tinggal di sana selama setidaknya satu tahun sebelum Anda memperoleh fasilitas.

Permohonan Tunjangan (Application for Benefits)

Centang kotak ini apabila Anda membutuhkan bantuan dalam mengisi formulir ini.

1. NAMA DEPAN	INSIAL NAMA TENGAH	NAMA KELUARGA	TANDA TANGAN PEMOHON ATAU PERWAKILAN RESMI (WAJIB)	2. NOMOR ID KLIEN (APABILA DIKETAHUI)
3. ALAMAT JALAN TEMPAT ANDA TINGGAL	KOTA	NEGARA BAGIAN	KODE POS	4. NOMOR TELEPON RUMAH/ YANG DISUKAI
5. ALAMAT SURAT (APABILA BERBEDA)	KOTA	NEGARA BAGIAN	KODE POS	6. NOMOR TELEPON LAINNYA

8. Saya mengajukan permohonan untuk (beri centang ke semua yang berlaku):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uang Tunai | <input type="checkbox"/> Makanan |
| <input type="checkbox"/> Obat | <input type="checkbox"/> Perawatan Obat-obatan atau Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Bantuan untuk tagihan kesehatan (dari tiga bulan terakhir) | <input type="checkbox"/> Panti Perawatan |
| <input type="checkbox"/> Fasilitas Hidup yang Dibantu / Rumah Keluarga Dewasa | <input type="checkbox"/> Program Tabungan Medicare |
| <input type="checkbox"/> Pasien Rawat Inap untuk Psychiatric Indigent (PII) | <input type="checkbox"/> Perawatan Bukan untuk Penyembuhan |
| <input type="checkbox"/> Healthcare / Karyawan dengan Kecacatan (HWD) | <input type="checkbox"/> Layanan Perawatan Jangka Panjang Di Rumah |
| <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan): _____ | |

7. ALAMAT EMAIL

9. Saya atau seseorang di tempat tinggal saya (beri centang ke semua yang berlaku): Mengalami situasi kekerasan dalam rumah tangga Tidak dapat bekerja karena masalah kesehatan Menderita kecacatan Sedang hamil; perkiraan kelahiran: _____

10. Berapa banyak uang yang Anda harapkan diperoleh di bulan ini? \$ _____
11. Berapa banyak uang baik tunai maupun di rekening bank yang dimiliki oleh keluarga Anda? \$ _____
12. Berapa banyak yang dibayarkan oleh keluarga Anda untuk sewa atau hipotek? \$ _____
13. Utilitas apa saja yang dibayar oleh keluarga Anda? Pemanas/pendingin Telepon Lainnya: _____
14. Adakah di antara anggota keluarga Anda yang menjadi pekerja musiman atau pekerja migran di perkebunan? Ya Tidak
15. Apabila Anda mengajukan permohonan untuk bantuan makanan, berapa banyak orang di keluarga Anda yang menikmati hidangan yang Anda beli dan Anda siapkan? _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

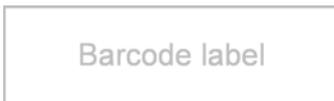
16. Saya memerlukan wawancara telepon. Silakan hubungi saya di: _____
17. Saya membutuhkan penerjemah. Saya berbicara bahasa: _____ atau tanda tangani; terjemahkan surat saya ke dalam bahasa: _____

18. Sebutkan setiap orang di keluarga Anda meski Anda tidak mengajukan permohonan untuknya (lampirkan lembaran tambahan, apabila diperlukan).

NAMA (DEPAN, TENGAH, KELUARGA)	JENIS KELAMIN (L atau P)	HUBUNGAN ORANG INI DENGAN ANDA?	TANGGAL LAHIR	CENTANG APAKAH ANDA INGIN TUNJANGAN UNTUK ORANG INI	OPSIONAL UNTUK NON-PEMOHON			
					NOMOR JAMINAN SOSIAL	CENTANG JIKA WARGA NEGARA AS	RAS (LIHAT CONTOH DI BAWAH INI)	NAMA SUKU (Untuk Indian Amerika, Alaska Asli)
		Saya sendiri		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Latar belakang etnis saya adalah Hispanik atau Latino: Ya Tidak
 Pengisian informasi latar belakang Ras dan Etnik bersifat sukarela. Untuk Bantuan Makanan, kami akan memberi jawaban kepada USDA informasi yang tidak Anda sediakan. **Contoh ras:** Kulit Putih, Kulit Hitam atau Afro-Amerika, Asia, Hawaii Asli, Pulau Pasifik, Indian Amerika, Alaska Asli, atau kombinasi dari ras mana pun.

DSHS 14-001 IN (REV. 06/2011) Indonesian



I. Informasi Umum

1. Dalam 30 hari terakhir, saya mendapatkan bantuan uang tunai, makanan dan medis dari negara bagian lain, suku, atau sumber lainnya. Ya Tidak
2. Seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan tinggal di luar Negara Bagian Washington: Ya Tidak
Siapa: _____
3. Saya atau orang yang tinggal di rumah saya adalah orang asing yang dibiayai: Ya Tidak Siapa: _____
4. Saya atau orang yang tinggal di rumah saya masih bersekolah: Ya Tidak Siapa: _____
5. Seseorang untuk sementara tidak tinggal di rumah saya: Ya Tidak Siapa: _____
6. Saya atau seseorang di rumah saya mengajukan permohonan untuk wajib militer: Ya Tidak Siapa: _____
7. Seseorang adalah tanggungan atau pasangan dari orang (baik hidup atau mati) yang wajib militer: Ya Tidak
8. Saya atau seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan telah lari dari hukum untuk menghindari pengadilan atau penjara untuk tindak kriminal: Ya Tidak
9. Saya tinggal di: Rumah atau apartemen saya sendiri Rumah Bersama Lainnya: _____
 Fasilitas (sebutkan apa saja): _____ Ditinggali sejak: _____
10. Saya: Lajang Menikah Bercerai Berpisah Janda
 Hidup Bersama yang Terdaftar

II. Informasi Asuransi Medis dan Kesehatan (Tidak diperlukan untuk Makanan Dasar)

Saya, pasangan saya, atau seseorang di tempat tinggal saya (centang kotak yang sesuai):

1. Berencana untuk mengikuti, telah mengikuti, atau baru saja meninggalkan fasilitas medis (seperti rumah sakit atau panti perawatan) Ya Tidak
2. Memiliki asuransi kesehatan (Centang semua yang berlaku): Medicare (bukan DSHS Medis) Tricare
 Asuransi Perawatan Jangka panjang Layanan Kesehatan Indian Asuransi Kesehatan Lainnya: _____

III. Sumber Daya (Tidak diperlukan untuk Pengobatan Anak, Pengobatan Kehamilan, HWD, atau Makanan Pokok) Lampirkan Buktinya

Sumber daya merupakan apa pun yang Anda miliki atau Anda beli dan dapat dijual kembali, diperdagangkan, atau dikonversi ke uang tunai atau uang yang ditangani oleh orang lain. Sumber daya tidak termasuk properti pribadi seperti perabot, atau pakaian. Contoh sumber daya adalah:

- Uang tunai
- Rekening cek
- Rekening tabungan
- Deposit tunai (CD)
- Rekening pasar uang
- Obligasi tabungan
- Obligasi
- Dana bersama
- Saham
- Anuitas
- Dana perwalian
- Rekening Pensiun (IRA)
- 401K
- Dana pensiun
- Rumah, termasuk yang Anda tinggali
- Kondominium
- Tanah
- Kontrak penjualan
- Bangunan
- Hak guna
- Asuransi jiwa
- Biaya penguburan, skema pra-bayar
- Dana kuliah
- Time-share
- Perlengkapan bisnis
- Perlengkapan pertanian
- Peternakan

Sebutkan sumber daya yang dimiliki oleh Anda, pasangan Anda, atau siapa pun yang Anda mohonkan untuk mendapatkan tunjangan:

SUMBER DAYA	SIAPA PEMILIKNYA	LOKASI	NILAI	SIAPA PEMILIKNYA	LOKASI	NILAI
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan telah memiliki mobil, truk, van, perahu, RV, trailer, atau kendaraan bermotor lainnya:

TAHUN (MIS., 1980)	BUATAN (MIS., FORD)	MODEL (MIS., ESCORT)	CENTANG APABILA DISEWAKAN	CENTANG JIKA KENDARAAN UNTUK TUJUAN MEDIS	JUMLAH UANG YANG DIMILIKI
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan telah menjual, memperdagangkan, memberikan, atau mentransfer sumber daya tersebut dalam lima tahun terakhir (termasuk dana perwalian, kendaraan atau hak guna): Ya Tidak Apabila ya, apa: _____ kapan: _____

NAMA PEMOHON	NOMOR JAMINAN SOSIAL	NOMOR IDENTITAS KLIEN
--------------	----------------------	-----------------------

IV. Lampiran Bukti Penghasilan yang Dimiliki

1. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan pernah memiliki pekerjaan yang telah berakhir dalam 60 hari terakhir: Ya Tidak
2. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan untuk mendapatkan tunjangan memiliki penghasilan dari pekerjaan tersebut: Ya Tidak Apabila ya, silakan lengkapi bagian ini:

SIAPA YANG MEMPEROLEH PENGHASILAN _____	HASIL KOTOR YANG DITERIMA (JUMLAH DOLAR SEBELUM PAJAK) \$ _____ setiap: <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Minggu <input type="checkbox"/> Dua minggu <input type="checkbox"/> Dua kali sebulan <input type="checkbox"/> Bulan
NAMA MAJIKAN DAN NOMOR TELEPON _____	Jam per minggu: _____
TANGGAL MULAI KERJA _____	Tanggal dibayar (mis., 1 dan 15, atau setiap Jumat):
Apakah wiraswasta? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

SIAPA YANG MEMPEROLEH PENGHASILAN _____	HASIL KOTOR YANG DITERIMA (JUMLAH DOLAR SEBELUM PAJAK) \$ _____ setiap: <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Minggu <input type="checkbox"/> Dua minggu <input type="checkbox"/> Dua kali sebulan <input type="checkbox"/> Bulan
NAMA MAJIKAN DAN NOMOR TELEPON _____	Jam per minggu: _____
TANGGAL MULAI KERJA _____	Tanggal dibayar (mis., 1 dan 15, atau setiap Jumat):
Apakah wiraswasta? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

V. Penghasilan Lainnya (Dimanfaatkan untuk semua anggota keluarga) Lampirkan Bukti

	SIAPA YANG MEMPEROLEH PENGHASILAN?	JUMLAH KOTOR BULANAN	SIAPA YANG MEMPEROLEH PENGHASILAN?	JUMLAH KOTOR BULANAN
Tunjangan pengangguran		\$		\$
Jaminan Sosial		\$		\$
Penghasilan Jaminan Tambahan (SSI)		\$		\$
Tunjangan anak atau pemeliharaan pasangan		\$		\$
Berhenti atau pensiun		\$		\$
Tunjangan Administrasi Veteran (VA) atau militer		\$		\$
Tunjangan Buruh & Industri (L&I) atau asuransi		\$		\$
Dana perwalian		\$		\$
Bunga		\$		\$
Tunjangan kereta api		\$		\$
Penghasilan rental		\$		\$
Lainnya:		\$		\$
Lainnya:		\$		\$

VI. Anuitas (Investasi yang dibuat oleh anggota keluarga lainnya untuk menerima pembayaran reguler saat ini atau di masa mendatang.)

SIAPA YANG MEMILIKI ANUITAS?	PERUSAHAAN ATAU INSTITUSI?	JUMLAH ATAU NILAI	PENGHASILAN BULANAN	TANGGAL PEMBELIAN
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Apabila Anda, atau pasangan Anda, memiliki kepentingan dalam anuitas dan Anda menerima tunjangan Perawatan Jangka Panjang Medicaid, Anda harus menyebutkan Negara Bagian Washington sebagai salah satu dari ahli waris dari anuitas tersebut.

VII. Lampirkan Bukti Pengeluaran Bulanan

SEWA \$	HIPOTEK \$	SEWA RUANG \$	BIAYA KONDOMINIUM \$
ASURANSI PEMILIK RUMAH \$	PAJAK PROPERTI \$	PENAKSIRAN PROPERTI \$	BIAYA LAINNYA \$

Orang lain atau agensi, seperti rumah yang disubsidi, membantu saya membayar semua atau sebagian pengeluaran tersebut: Ya Tidak
 Apabila ya, siapa: _____ Pengeluaran apa: _____ Jumlah yang mereka bayar: \$ _____
 Saya, pasangan saya, atau seseorang di rumah saya membayar atau seharusnya membayar (centang semua yang berlaku):

<input type="checkbox"/> Perawatan Tanggungan Anak atau Dewasa (termasuk biaya transportasi)	Jumlah bulanan: \$	Siapa yang membayar:
<input type="checkbox"/> Tagihan medis untuk orang cacat atau usia 60+ (termasuk biaya transportasi dan premi asuransi kesehatan)	Jumlah bulanan: \$	Siapa yang membayar:
<input type="checkbox"/> Tunjangan anak	Jumlah bulanan: \$	Siapa yang membayar:

Apabila Anda tidak melaporkan pengeluaran yang terdaftar di atas, kami akan menganggapnya sebagai pernyataan oleh keluarga Anda bahwa Anda tidak ingin menerima klaim atas pengeluaran tersebut.

VIII. Perwakilan Resmi

Perwakilan Resmi adalah orang yang Anda izinkan untuk berbicara dengan DSHS mengenai tunjangan Anda. Anda dapat menyebutkan nama seseorang, akan tetapi Anda tidak harus melakukannya.

Apakah Anda memiliki Perwakilan Resmi? Ya Tidak
 Apakah orang ini wali sah Anda? Ya Tidak
 Apakah orang ini memiliki Surat Kuasa? Ya Tidak

NAMA	HUBUNGAN	NOMOR TELEPON
ALAMAT JALAN	KOTA	NEGARA BAGIAN KODE POS
ALAMAT SURAT	KOTA	NEGARA BAGIAN KODE POS

Pernyataan dan Tanda Tangan

Apabila mendaftar untuk uang tunai atau bantuan medis dewasa, semua orang dewasa (atau perwakilan yang sah) di dalam keluarga harus tanda tangan.
Apabila mendaftar untuk bantuan makanan atau bantuan medis untuk anak-anak, pemohon (atau perwakilan yang sah) harus tanda tangan.

Saya mengerti bahwa saya harus:

- Memberikan informasi yang benar dan mengikuti persyaratan pelaporan.
- Menyediakan bukti bahwa saya layak menerima tunjangan.
- Memberikan beberapa hak tertentu untuk tunjangan anak dan dukungan medis, kepada negara bagian Washington saat saya menerima Bantuan Sementara untuk Keluarga yang Membutuhkan (TANF). Menetapkan pembayaran pihak ketiga untuk perawatan medis ke Negara Bagian Washington saat saya menerima tunjangan perawatan medis. Akan tetapi, saya dapat meminta DSHS untuk tidak meminta pembayaran tunjangan anak, tunjangan medis, atau pembayaran pihak ketiga untuk perawatan medis, apabila hal tersebut akan membahayakan saya atau anak saya.
- Bekerja sama untuk persyaratan kerja bantuan makanan.

Apabila saya tidak melakukan hal tersebut di atas, permintaan tunjangan saya dapat ditolak atau saya harus membayar kembali.

Saya memahami bahwa saya dapat dikenai hukuman pidana apabila saya dengan sengaja membuat pernyataan yang palsu atau tidak melaporkan sesuatu yang harus dilaporkan.

Saya memberi wewenang kepada DSHS untuk menghubungi orang lain atau agensi lain apabila diperlukan untuk membantu saya mendapatkan bukti bahwa saya layak mendapatkan tunjangan.

Saya telah membaca dan memperoleh penjelasan mengenai hak dan tanggung jawab saya, dan saya telah menerima salinan dari Hak dan Tanggung Jawab Klien, DSHS 14-113. **Saya menerangkan atau menyatakan di bawah sumpah menurut undang-undang Negara Bagian Washington bahwa informasi yang saya berikan dalam permohonan ini, termasuk informasi yang berkaitan dengan kewarganegaraan dan status asing dari anggota yang mengajukan permohonan untuk tunjangan adalah benar.**

TANDA TANGAN PEMOHON	TANGGAL	NAMA CETAK PEMOHON	KOTA DAN NEGARA BAGIAN TEMPAT PENANDATANGANAN
TANDA TANGAN PENDAFTAR DEWASA LAINNYA	TANGGAL	NAMA CETAK DARI ORANG DEWASA LAINNYA	KOTA DAN NEGARA BAGIAN TEMPAT PENANDATANGANAN
TANDA TANGAN PENOLONG ATAU PERWAKILAN	TANGGAL	NAMA CETAK PEMOHON ATAU PERWAKILAN	KOTA DAN NEGARA BAGIAN TEMPAT PENANDATANGANAN
TANDA TANGAN SAKSI APABILA DITANDAII DENGAN "X"	TANGGAL	NAMA CETAK SAKSI	